

!!! Перша відповідь вірна

До лікаря жіночої консультації звернулася жінка 6-7 тижнів вагітності. З анамнезу з'ясовано, що з 15-ти років хворіє на цукровий діабет у тяжкій формі. За висновком окуліста ретинопатія II ст. Мала 2 вагітності, які закінчилися мертвонародженням. Вміст цукру в крові - 15 ммоль/л. При бімануальному дослідженні встановлено, що матка збільшена (як при вагітності, терміном до 7 тижнів). Яка тактика лікаря?

Показане переривання вагітності

Пролонгування вагітності під контролем рівня цукру в крові

Консультація генетика

Консультація ендокринолога

Госпіталізація в критичні терміни вагітності

Вагітна у терміні 32 тижня, вагітність II, скаржиться на лихоманку, озноб, нудоту, блювання, біль у попереку, дизурію. Симптом Пастернацького позитивний з обох боків. Аналіз сечі: піурія, бактеріурія. В крові: лейкоцитоз. Найбільш імовірний діагноз:

Гестаційний пієлонефрит

Гострий цистит

Гострий пієліт

Хронічний гломерулонефрит

Безсимптомна бактеріурія

Вагітна 26-ти років хворіє на ревматизм із дитинства. Вагітність перша, термін - 10 тижнів. Із настанням вагітності стан здоров'я погіршився: посилилась задишка, з'явилися набряки на нижніх кінцівках. Пульс - 86/хв., ціаноз губ, систолічний і діастолічний шуми на верхівці серця. Печінка виступає з-під реберної дуги на 4 см. Діагностовано СН III ступеня, фракція викиду лівого шлуночка менше 40%. Яка подальша тактика ведення вагітної?

Переривання вагітності методом вакуум-аспірації

Переривання вагітності шляхом малого кесаревого розтину

Медикаментозне переривання вагітності

Пролонгування вагітності з періодичним лікуванням у кардіологічному відділенні Пролонгування вагітності, періодична госпіталізація до акушерського стаціонару в критичні терміни

Дівчина 16 років прийшла на профілактичний медичний огляд. Під час збору анамнезу вона повідомила, що у 3 роки перехворіла на вітряну віспу. Інших серйозних захворювань в анамнезі немає. Батьки відмов від щеплень не писали, вакцинувалася у дитячому садочку та школі відповідно до Національного календаря профілактичних щеплень. Фізикальне обстеження без відхилень. Призначення яких вакцин буде найбільш доречним зараз?

АДП-М

Гепатит В

Гепатит А

КПК

АаКДП

До стаціонару госпіталізовано вагітну 28-ми років з наступним діагнозом: вагітність III, 7-8 тижнів; ревматизм, неактивна фаза, мітральний стеноз III ступеня. Який план ведення вагітної?

Переривання вагітності за медичними показаннями

Переривання вагітності після проведення оперативного лікування вади (мітральної комісуротомії)

Призначення кортикостероїдів та імунодепресантів

Збереження вагітності, планова госпіталізація в критичні терміни, консервативна терапія

Збереження вагітності, оперативне лікування (мітральна комісуротомія)

У жінки віком 30 років в анамнезі три самовільних викидня та одні передчасні пологи. Під час обстеження виявлено: позитивна реакція на антикардіоліпінові антитіла та вовчаковий антикоагулянт. Який найімовірніший діагноз?

Антифосфоліпідний синдром

Синдром Штейна-Левенталя

Геморагічний синдром

Синдром Шихана

Синдром тестикулярної фемінізації

32-річна вагітна у терміні 5-6 тижнів була вакцинована проти грипу неживою вакциною разом з усією родиною. На той момент про вагітність вона не знала. Вагітність бажана. Пацієнтка звернулась до сімейного лікаря для отримання консультації щодо можливого впливу вакцини на розвиток і перебіг вагітності, виникнення вад розвитку у плода. Яку пораду слід надати вагітній?

Вакцинація проти грипу є безпечною протягом вагітності

Запропонувати медикаментозний аборт

Обов'язкова консультація інфекціоніста і генетика

УЗД для виявлення вад розвитку плода

Тест на антитіла до вірусу грипу

Вагітна 30 років, поступила з першою вагітністю 36-37 тижнів для визначення тактики розродження. В 5 річному віці проведена хірургічна корекція вродженої вади серця – дефект міжпередсердної перегородки. На даний час порушень з боку серцево-судинної системи не виявлено. Вкажіть тактику розродження?

розродження через природні пологові шляхи

кесарський розтин в терміні родів

кесарський розтин із стерилізацією

пологи через природні родові шляхи з виключенням потужного періоду термінового розродження

У першовагітної жінки 25 років з мітральним стенозом у 32 тижні вагітності з'явилися ознаки серцевої недостатності. Після проведеного курсу терапії в стаціонарі, явного поліпшення стану вагітної не відбулося. Яка тактика ведення вагітної?

дострокове розродження

оперативне втручання на серці
дослідження на ревматизм
зберігати вагітність та кардіальна терапія
призначити естрогенний фон

Першовагітна 26 років поступила у відділення патології вагітних у терміні 32 тижні з скаргами на серцебиття, загальну слабкість, задуху. Стоїть на диспансерному обліку з дитинства з приводу ревматизму, мітрального стенозу. Об'єктивно: на нижніх кінцівках набряки, АТ – 140/90 мм рт.ст., дефіцит пульсу. Аускультативно: систолічний шум над верхівкою, хлопаючий І тон, акцент ІІ тона над легеневим стовбуром. ЕКГ – пароксизм миготливої аритмії, тахисистолічна форма. Який з симптомів обумовлений суто серцевою недостатністю?

аритмія
набряк нижніх кінцівок
систолічний шум
задуха

підвищена дихальна активність

В жіночу консультацію звернулась молода жінка з приводу вагітності 6 – 7 тижнів. Вагітність бажана. З анамнезу встановлено, що в дитинстві перенесла ревматизм, має комбіновану мітральну ваду серця з перевагою недостатності мітрального клапану. В які терміни вагітності потребує стаціонарного лікування?

8 – 12 тижнів, 28 – 32 тижні, 37 тижнів
6 – 7 тижнів, 16 тижнів, 38 тижнів
16 тижнів, 34 тижні, 39 – 40 тижнів
10 – 12 тижнів, 24 тижні, 37 – 38 тижнів
12 – 16 тижнів, 27 – 28 тижнів, 37 – 38 тижнів

Першовагітна 24 років поступила в пологовий будинок з вагітністю терміном 36-37 тижнів і скаргами на задишку, серцебиття, швидку втому. В дитинстві часті ангіни, з 15 років страждає на ревматизм неактивну фазу, мітральний стеноз 2 ст, НК 2 А ст. Яка тактика проведення пологів у данному випадку?

пологи проводити з виключенням 2 періоду
стаціонарне лікування в умовах кардіологічного відділення
дострокове проведення пологів в 36-37 тижнів
консервативне лікування
кесарів розтин

У жінки вагітність 30 тижнів, гестаційний діабет. Після введення інсуліну з'явилося відчуття збудливості, потім непритомність. АТ 80/50 мм.рт.ст., пульс 122 за хвилину, дихання поверхневе на обличчі піт. Яку невідкладну допомогу слід провести:

ввести 40% розчину глюкози внутрішньовенно
додатково ввести інсулін
почати масаж серця
почати ШВЛ
ввести сібазон

Вагітній з діабетом в стадії декомпенсації проведено кесарів розтин. У післяопераційному періоді стан хворої прогресивно погіршується, зростає глікемія. На момент обстеження вона була 55 ммоль/л, анурія. При огляді: хвора реагує на питання, значна дегідратація, шкіра суха, дихання поверхневе, часте, тахікардія, АТ 80/60 мм рт.ст. Який можливий попередній діагноз?

гіперглікемічна прекома

діабетична кетоацидемічна прекома

гостра ниркова недостатність

гіпоглікемічний стан

гостра наднирникова недостатність

Вагітна 22 років знаходиться в пологовому будинку з діагнозом: вагітність І, 36 тижнів, головне передлежання. Цукровий діабет, інсулінозалежна форма, ускладнена явищами нейроретинопатії. При черговому огляді жінка скаржиться на погіршення зору, туман перед очима, головний біль. На очному дні: свіжі крововиливи, дегенеративні зміни, сполучнотканинні тяжі по ходу судин сітківки. Яка тактика ведення пологів у даному випадку?

кесарів розтин в ургентному порядку

плановий кесарів розтин

підготовка пологових шляхів протягом 2-3 діб, збудження пологів окситоцином

амніотомія з подальшим призначенням окситоцину

лікування основного захворювання до розвитку спонтанної пологової діяльності

Вагітна 25 років з терміном вагітності 37 тижнів, знаходиться у вкрай збудженому стані, координація порушена, дихання поверхневе, пульс частий, шкіра волога. Через 20 хвилин сталася кома. Рівень цукру у крові – 1,5 ммоль/л. Ацетон у сечі відсутній. Яке ускладнення виникло у даної хворої?

гіпоглікемічна кома

кетоацидотична кома

гіперглікемічна кома

епілепсія

еклампсія

Вагітна, 26 років, хворіє цукровим діабетом І типу з 10 років. Консультована окулістом, діагностована ангіопатія судин сітківки. В даний час термін вагітності 36-37 тижнів, тазове передлежання плоду, тенденція до макросомії, фетоплацентарна недостатність. Яким методом розродження доцільно обрати?

розродження шляхом кесарського розтину в терміні 37-38 тижнів
розродження через природні родові шляхи в 37-38 тижнів

кесарський розтин при доношеній вагітності в 40 тижнів

розродження через природні родові шляхи в 40 тижнів

накладення акушерських щипців при доношеній вагітності

24-х річна жінка з першим типом цукрового діабету народила дитину масою 3856 гр в 38 тижнів гестації. Під час вагітності глюкоза крові важко

коригувалася. Пологи тривали 4 години. Оцінка дитини по шкалі Апгар на 1-хв - 5 балів, на 5-хв - 6 балів. Яке найбільш доцільне дослідження крові плода через 30 хв після народження?

дослідження рівня глюкози в сироватці крові

дослідження рівня білірубіну в сироватці крові

визначення рН крові плода

визначення гематокриту

визначення групи крові та резус-фактору

Жінка в 6 тижнів вагітності скаржиться на спрагу, свербіння шкіри, порушення зору, поліурію. В анамнезі І тип цукрового діабету, тяжка форма, полінейропатія. В аналізі крові цукор 9 ммоль/л натще, після навантаження глюкозою 12 ммоль/л. Огляд окуліста: проліферативна ретинопатія. Що необхідно запропонувати жінці?

перервати вагітність

подальше обстеження

зберігання вагітності

лікування інсуліном

лікування дієтою

Хвора М., 23 років поступила в гінекологічне відділення із скаргами на тянучі болі внизу живота, мажучі кров'яністі виділення. Після обстеження поставлено діагноз: "ІІ вагітність 8 тижнів. Загрозливий аборт. Цукровий діабет І тип. Важка форма, лабільний перебіг". Перша вагітність перервана в терміні 22 тижні в зв'язку з вадами розвитку плода. На момент знаходження в стаціонарі діабет декомпенсований. Цукор крові 17,3 ммоль/л. Тактика лікаря:

переривання вагітності за медичними показаннями

лікування загрозливого аборту

збереження вагітності в разі компенсації цукрового діабету

переривання вагітності в разі декомпенсації цукрового діабету

переривання вагітності при наявності вад розвитку плода

Вагітна 19 років знаходиться у відділенні патології вагітності з приводу вагітності 36 тижнів, тазового передлежання, крупного плода, тяжкої форми цукрового діабету. На КТТ у плода зареєстрована брадикардія до 100/хв. та глибокі децелерації. Пологової діяльності немає. Яка тактика у відношенні даної жінки?

екстрений кесарський розтин

розродження через природні пологові шляхи

родостимуляція

екстракція плода за тазовий кінець

продовження вагітності

Вагітна Д., 25 років доставлена в пологове відділення зі скаргами на різкий біль у правій поперековій ділянці, t° — 38,5°C, періодичний озноб, часте болюче сечовипускання. Вагітність І, 24-25 тижнів. Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, шкірні покриви бліді. PS- 106/хв., АТ- 130/90 мм.рт.ст. Симптом Пастернацького позитивний праворуч. Матка в нормотонусі.

Аналіз сечі: лейкоцити на все поле зору. Діагноз?

вагітність I, 24-25 тижнів, гестаційний пієлонефрит

вагітність I, 24-25 тижнів, гломерулонефрит

вагітність I, 24-25 тижнів, холецистит

вагітність I, 24-25 тижнів, загроза передчасних пологів

вагітність I, 24-25 тижнів, гострий апендицит

У вагітної А., 32 років при вагітності 36 тижнів виникло блювання, яке не піддається лікуванню, став різко падати зір при різкому головному болю. При комп'ютерній томографії знайдено об'ємне утворення головного мозку. Який діагноз?

пухлина мозку

набряк мозку

пreeклампсія

інсульт

арахноїд

У вагітної 20 тижнів з'явилися слабкість, втома, запаморочення, головний біль. В аналізі крові гемоглобін 80 г/л. Пульс 96/хв. АТ- 100/60 мм рт.ст. Шкіра та слизові оболонки бліді, вологі. Який вірогідний діагноз?

вагітність I, 20 тижнів. Залізодефіцитна анемія середнього ступеню

вагітність I, 20 тижнів. Гестоз

вагітність I, 20 тижнів. Загрозливий аборт

вагітність I, 20 тижнів. Нейроциркуляторна дистонія

вагітність I, 20 тижнів. Гіпоглікемія вагітних

У вагітної 37 тижнів, хворої на бронхіальну астму, з'явився напад ядухи, сухий кашель. Який препарат потрібно призначати в першу чергу?

інгаляція сальбутамолу

таблетовані антигістамінні препарати

інгаляція кортикостероїдів

інгаляція іпратропіуму броміда

введення еуфіліну в/в

Вагітна в терміні 20 тижнів доставлена у відділення патології вагітних зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5°C, біль у попереку зправа, дізуричні розлади. В анамнезі захворювань нирок не було. Симптом Пастернацького позитивний зправа. В загальному аналізі сечі – білок 1,66 г/л, лейкоцити покривають все поле зору. Який найбільш ймовірний діагноз?

пієлонефрит вагітних

загострення хронічного пієлонефриту

сечо-кам'яна хвороба

пreeклампсія вагітних

загроза переривання вагітності

Вагітна 25 років, поступила з скаргами на різкий біль у поперековій ділянці справа, підвищення температури тіла до 38,6°C, періодичний озноб, часте болісне сечовиділення. Вагітність I, 24-25 тижнів. Починаючи з 16 тижнів періодично відмічала болі в поперековій ділянці. Пульс – 106/хв. АТ – 130/90 мм.рт.ст. Матка при пальпації в нормотонусі. Симптом Пастернацького різко

позитивний справа. При піхвовому дослідженні: шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите. Виділення слизові, незначні. Яку патологію можна запідозрити у вагітної?

гострий пієлонефрит

гострий гломерулонефрит

гідронефроз

туберкульоз правої нирки

загрозу передчасних пологів

Вагітна 21 року, поступила зі скаргами на періодичні носові кровотечі, петехіальні висипання на шкірі. Об'єктивно: матка в нормальному тонусі, положення плода повздовжнє, голівка плода рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140/хв. Лабораторні дані: тромбоцити – $45,0 \times 10^9/\text{л}$, Нв – 118 г/л, еритроцити $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$, плазмові фактори згортання не змінені. Встановлено діагноз: Вагітність I, 34 тижні, тромбоцитопенія тяжкого ступеню. Вкажіть тактику ведення вагітної:

пролонгувати вагітність, роди вести через природні родові шляхи з профілактикою кровотечі

негайно розродити шляхом кесарського розтину

провести кесаревий розтин ближче до терміну родів

провести кесаревий розтин одночасно зі спленектомією

розпочати родозбудження, роди вести консервативно

Першовагітна із терміном 35 тижнів поступила зі скаргами на ниючі болі внизу живота, часте сечовиділення, відмічає різі під час сечовипускання. При огляді: пологової діяльності немає, матка в нормотонусі. Положення плода поздовжнє. Голівка високо над входом в малий таз. Температура тіла $37,2^{\circ}\text{C}$, АТ- 125/80 мм.рт.ст., Рс- 80/хв. Симптом Пастернацького негативний, в аналізі сечі білку не виявлено, лейкоцитів 20-25 в полі зору, еритроцитів 0-1, питома вага 1015. Вкажіть найбільш ймовірне захворювання, що зумовило такий стан?

цистит

пієлонефрит

гломерулонефрит

сечокам'яна хвороба

кандидомікоз

У жінки 19 років Вагітність I, 35-36 тижнів, головне передлежання. Хворіє СНІДом 2 роки, з приводу якого анонімно лікувалася. Вірусне навантаження 1000 копій. Який вид розродження треба застосувати в даному випадку?

кесарський розтин до початку родової діяльності

пологи через природні родові шляхи

проведення родозбудження до строку пологів

проведення родозбудження в строки пологів

накладання акушерських щипців

В породіллі на третю добу після II термінових пологів з'явився кинжальний біль в животі. Живіт різко напружений. Позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. В анамнезі у жінки виразкова хвороба шлунку. Матка тверда,

безболісна. Який діагноз?

післяпологовий період III доба. Перфорація виразки шлунку

післяпологовий період III доба. Панкреатит

післяпологовий період III доба. Ниркова коліка

післяпологовий період III доба. Апендицит

післяпологовий період III доба. Розвив кісти яєчника

Жінка 22 років з вагітністю 30 тижнів. Скарги на біль внизу живота, більше справа, який з'явився 5 годин тому, нудоту, однократну блювоту. АТ 120/80 мм рт.ст. Пульс -90 уд/хв, ритмічний. При пальпації живота відмічається біль в правій здухвинній ділянці, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Матка в нормальному тонусі. Головка плода рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода 140 уд/хв, ясне. Виділення з піхви слизові. В аналізі крові: лейкоцитів $15 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерних - 25%. Аналіз сечі без відхилень від норми. Який найбільш імовірний діагноз?

вагітність 30 тижнів. Гострий апендицит

вагітність 30 тижнів. Загроза передчасних пологів

вагітність 30 тижнів. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

вагітність 30 тижнів. Ниркова коліка

вагітність 30 тижнів. Гострий холецистит

В пологовий будинок надійшла жінка зі строком вагітності 32 тижні. Скаржиться на гострий біль внизу живота праворуч, нудоту. Об'єктивно: Т - $37,8^{\circ}\text{C}$, Рс - 110/хв, АТ - 120/80 мм рт.ст. Язик сухий. При пальпації живота захисне напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга у правій клубовій ділянці. В крові: Нь - 130 г/л, лейкоцити - $14 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ - 60 мм/год. Матка в нормальному тонусі. Серцебиття плоду - 136/хв. Діагноз: Вагітність I, 32 тижні, головне передлежання. Гострий апендицит. Що необхідно зробити хворій в першу чергу?

апендектомія

введення токолітиків

кесарів розтин

антибіотикотерапія

введення спазмолітиків

Вагітна, 35 років, в терміні 35 тижнів, скаржиться на головний біль. АТ 160/100. Аналіз сечі в нормі. Набряків немає. З 16 років відмічає підвищення артеріального тиску. Діагноз?

вагітність I, 35 тижнів. Артеріальна гіпертензія, що існувала до вагітності.

вагітність I, 35 тижнів. Прееклампсія легкого ступеню

вагітність I, 35 тижнів. Прееклампсія середнього ступеню

вагітність I, 35 тижнів. Епілепсія

вагітність I, 35 тижнів. Астено-невротичний синдром

Вагітна К. 29 років, поступила в пологовий будинок із скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, порушення зору, набряки. Вагітність перша, термін 30 тижнів. В минулому лікувала гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: загальний стан тяжкий, бліда, пульс 120 за 1 хв, АТ 200/140 мм

рт. ст., виражені набряки. Пологова діяльність відсутня. Висота дна матки 26 см, обвід живота – 86 см. Положення плода поздовжнє. Серцебиття глухе. Сеча при кип'ятінні мутна. Який діагноз?

вагітність I, 30 тижнів. Поєднана преєклампсія на фоні гіпертонічної хвороби

вагітність I, 30 тижнів. Гіпертонічний криз

вагітність I, 30 тижнів. Гіпертензія вагітних важкого ступеня

вагітність I, 30 тижнів. Приступ еклампсії

вагітність I, 30 тижнів. Преєклампсія легкого ступеня

В пологове відділення поступила жінка П., 26 тижнів вагітності. Скарги на підвищення температури тіла до $38,7^{\circ}\text{C}$, озноб, болі в попереку, більше справа, часте та болісне сечовиділення. З анамнезу відомо, що з 14 років хворіє пієлонефритом. При об'єктивному обстеженні: позитивний симптом Пастернацького з обох сторін, блідість шкірних покривів. Діагноз?

вагітність I, 26 тижнів. Хронічний пієлонефрит в стадії загострення

вагітність I, 26 тижнів. Гестаційний пієлонефрит

вагітність I, 26 тижнів. Ниркова коліка

вагітність I, 26 тижнів. Пієлоцистит.

вагітність I, 26 тижнів. Преєклампсія легкого ступеня

Вагітна 30 років, II вагітність 30 тижнів поступила в стаціонар із скаргами на болі в правій половині живота, на рівні пупка. Вважає себе хворою протягом 10 годин, коли з'явилися болі в епігастральній ділянці, які поступово опустилися вправо вниз і посилюються при повороті на лівий бік. При огляді матка збільшена до 30 тижнів вагітності в нормотонусі, не болюча при пальпації. Серцебиття плоду ритмічне 136 уд/хв. Живіт при пальпації болючий справа від матки, на рівні мезогастрію відмічається дефанс і позитивні симптоми подразнення очеревини. В загальному аналізі крові в динаміці лейкоцитоз зріс з $10,9 \times 10^9/\text{л}$ до $17,2 \times 10^9/\text{л}$. Діагноз?

вагітність II, 30 тижнів. Гострий апендицит

вагітність II, 30 тижнів. Кишкова коліка

вагітність II, 30 тижнів. Гострий холецистит

вагітність II, 30 тижнів. Загроза передчасних пологів

вагітність II, 30 тижнів. Гострий панкреатит

Вагітна 36 років, IV вагітність 30 тижнів поступила в стаціонар із скаргами на різкі болі в правому підребер'ї, які іррадіюють в праве плече, шию, лопатку, нудоту, була блювота. Ці симптоми з'явилися вночі, а напередодні вагітна подорожувала в машині по гірській дорозі. Об-но. АТ 110/60 мм рт.ст., Р-120 уд/хв ритмічний. При огляді живота симптом Мерфі позитивний. Живіт здутий, виражений метеоризм, матка при пальпації в нормотонусі. Рухи плоду відчуває добре, серцебиття плоду 136 уд/хв. Діагноз?

вагітність 4, 30 тижнів. Приступ жовчної коліки

вагітність 4, 30 тижнів. Кишкова непрохідність

вагітність 4, 30 тижнів. Гострий апендицит

вагітність 4, 30 тижнів. Гестаційний пієлонефрит

вагітність 4, 30 тижнів. Гострий панкреатит

Вагітна 24 років надійшла у пологовий будинок для допологової підготовки в терміні гестації 38 тижнів. Під час вагітності в сироватці крові знайдено специфічні антитіла до вірусу простого герпесу. При огляді вагітної знайдений висип у вигляді пухирців з водянистим вмістом на статевих органах, слизовій піхви. Серцебиття плода ясне ритмічне 140 уд. на хвилину. Який метод розродження треба обрати?

кесарів розтин

вакуум-екстракція

акушерські щипці

розродження через природні пологові шляхи

родозбудження окситоцином

Вагітна 18 років звернулась до лікаря зі скаргами на збільшення шийних лімфовузлів. Через 2 доби з'явився висип по всьому тілу, який був найбільш значний на розгинальних поверхнях, температура тіла 38°C. В крові відзначено зростання специфічних антитіл Ig G до краснухи в 6 разів. Найдені специфічні Ig M та A. Теперішня вагітність перша, 20 тижнів, бажана. Яка тактика ведення вагітності?

переривання вагітності

пролонгування вагітності

використання антибіотиків

внутрішньовенне введення реосорбілакту

госпіталізація в інфекційне відділення

Вагітна 26 років страждає на гіпотеріоз протягом 24 років. Отримує лікування тіреοїдіном. Надійшла під спостереження жіночої консультації в терміні 8 тижнів вагітності. Визначить тактику лікаря

лікування тіреοїдіном під контролем рівня гормонів щитоподібної залози

лікування в ендокринологічному відділенні

лікування в гінекологічному відділенні

сцинтиграфія щитовидної залози

переривання вагітності

У жіночу консультацію звернулась вагітна М., 37 років зі скаргами на болі в лівій нозі при ходьбі а також її набряк. Вагітність II, терміном 34 тиж. І вагітність 12 років тому закінчилась народженням живої дитини масою 3700 г, пологи перебігали без особливостей. Страждає варикозним розширенням вен нижніх кінцівок. При обстеженні ліва кінцівка набрякла, синюшна, різка болючість при пальпації по ходу поверхневої вени. Попередній діагноз?

тромбофлебіт поверхневих вен

тромбофлебіт глибоких вен

флеботромбоз вен нижніх кінцівок

неврит сідничного нерва

тетанія вагітних

У вагітної з бронхіальною астмою в терміні 30 тиж. після стресової ситуації раптово з'явилась задишка, шумне свистяче дихання, ціаноз обличчя. Аускультативно: дихання ослаблене, багато сухих свистячих хрипів; при перкусії – коробковий звук. Після нападу у жінки виділилась невелика

кількість тягучого харкотиння. Ймовірний діагноз?

приступ бронхіальної астми

тромбоемболія легеневої артерії

обструктивний бронхіт

набряк легенів

гостра пневмонія

У вагітної 35 років з мітральним стенозом раптово вночі з'явилась задуха, тахікардія, різке збудження, пінисте харкотиння рожевого кольору. Яке ускладнення виникло у вагітної?

набряк легень

напад епілепсії

стенокардія

загострення бронхіальної астми

напад еклампсії

У вагітної 37 тижнів, хворої на бронхіальну астму, з'явився напад ядухи, сухий кашель. Який препарат потрібно призначати в першу чергу?

інгаляція сальбутамолу

інгаляція кортикостероїдів

інгаляція іпратропіуму броміда

таблетовані антигістамінні препарати

довенне введення еуфіліну

У вагітної з висхідним тромбофлебітом лівої нижньої кінцівки розпочались передчасні пологи. Профілактику яких післяпологових ускладнень необхідно провести перш за все?

тромбозу і емболії

гострої серцевої недостатності

гострої легеневої недостатності

інфекційно-токсичного шоку

геморагічного шоку

У 33 тижні вагітності у жінки із середнім ступенем важкості цукрового діабету, багатоводдям, з'явився раптовий біль у матці з чітко визначеною локалізацією під час пальпації. Об-но: АТ- 100/60 мм рт.ст., Рс- 110/хв., ритмічний. Серцебиття плода - 90/хв. Яка подальша тактика?

кесарів розтин

використання спазмолітиків

використання токолітиків

стимуляція пологової діяльності

амніотомія

У пологовому відділенні першовагітна 28 років у терміні 36-37 тижнів. У жінки цукровий діабет, багатоводдя. АТ – 120/80 мм рт. ст., пульс – 80 на хвилину, t – 36,6°C. У вагітної з'явилися болі внизу живота, вагінальна кровотеча темною кров'ю. При огляді – положення плода поздовжнє, головка прижата до входу в таз. Шийка матки укорочена до 1,5 см, помірно м'яка, відкриття до 2 см. ЧСС плоду – 178 в 1 хв. Тактика ведення пологів?

кесарів розтин в екстреному порядку

переливання крові
плодоруйнівна операція
родостимуляція
гемостатична терапія

В акушерський стаціонар госпіталізована першовагітна. У жіночій консультації не спостерігалася. Скарги на ниючі болі внизу живота. Відмічає погіршенні зору. Обстеження: вагітність 38 тижнів, початок I періоду родів, цукровий діабет, важкий перебіг, некомпенсований, нейроангіретинопатія. На очному дні множинні крововиливи. Яка тактика ведення вагітної?

екстрене розродження шляхом операції кесаревого розтину
корекція цукрового діабету, терапія, що зберігає вагітність
виключення потуг шляхом накладання акушерських щипців
вакуум-екстракція плода

розродження без виключення потуг

Поступила повторнородяща у терміні родів. Схватки по 35 сек. через 3-5 хв. У роділлі міопія високого ступеня, яка прогресує під час вагітності. Стан плода задовільний. Крупний плід. Вагінально: шийка матки згладжена, відкриття зіву 7-8 см, голівка прижата до входу в малий таз, вставлення правильне. Яка тактика проведення родів?

розродження шляхом операції кесарева розтину

консервативне завершення родів

вакуум-екстракція плода при повному відкритті зіву

родостимуляція, з метою швидкого закінчення родів

виключення потуг операцією накладання акушерських щипців

У роділлі із вродженою вадою серця у періоді потуг і надходження голівки в порожнину малого тазу з'явилися ознаки набряку легень. Тактика лікаря
накласти акушерські щипці

зробити Кесарів розтин

зробити епізіотомію

провести інтубацію трахеї

ввести діуретики внутрішньовенно

Жінка, 25 років, вагітність 32 тижні. Скаржиться на біль внизу живота, більше справа, який з'явився 5 годин тому, нудоту, однократну блювоту, підвищення температури до 37,3. Об'єктивно: шкіра і слизові оболонки звичайного кольору, АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 90 /хв, ритмічний. При пальпації живота відмічається біль в правій здухвинній ділянці, позитивні симптоми подразнення очеревини. Матка при пальпації збудлива. Положення плода повздовжнє, головне передлежання, I позиція, передній вид. Голівка плода рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода 140 хв, ясне, ритмічне. Виділення з піхви слизові. В аналізі крові: Нb- 110 г/л, лейкоцитів 15×10^9 /л, паличкоядерних - 15%. Аналіз сечі без відхилень від норми. Який найбільш імовірний діагноз?

Гострий апендицит

Загроза передчасних пологів

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Правобічна ниркова коліка

Гострий холецистит

Під час профогляду у жінки 50-ти років у правій молочній залозі виявлена пухлина діаметром 5 см, щільної консистенції, без чітких контурів. Шкіра над пухлиною має вигляд лимонної кірки. У пахвовій ділянці пальпується лімфатичний вузол. Який найбільш імовірний діагноз?

Рак молочної залози

Ліпома молочної залози

Кіста молочної залози

Дифузна мастопатія

Мастит

Вагітна в терміні 24 тижні скаржиться на підвищення температури тіла до 38,2о, біль у попереку з правого боку, часте сечовипускання. Яке з досліджень буде найбільш інформативним для встановлення діагнозу?

Аналіз сечі за Нечипоренком

Аналіз сечі за Зимницьким

Добова протеїнурія

Загальний аналіз крові

Біохімічний аналіз крові

Вагітна 36 років уперше звернулася до лікаря в терміні вагітності 16 тижнів.

Протягом 8 років страждає на артеріальну гіпертензію II ст. та синдром Рейно, Приймає амлодипін, АТ – 130/80 мм рт.ст., є добре контрольованим, пульс 84 уд/хв. Яким чином сімейний лікар має відкоригувати лікування гіпертензії у зв'язку з вагітністю?

Жінка може продовжувати прийом амлодипіну.

Перейти на інший блокатор кальцієвих каналів.

Застосувати альфа-адреноміметик

Додати до лікування дихлотіазид

Перейти на блокатори рецепторів ангіотензину